

全胃切除术后远期继发急性肠扭转 17 例诊治分析

江 波, 叶章义

[摘要] **目的:**探讨全胃切除术后远期继发急性肠扭转的临床特点及诊治原则。**方法:**全胃切除术后远期继发急性肠扭转 17 例均行诊断性腹腔穿刺和 64 排螺旋 CT 腹部平扫;手术治疗 16 例,其中 5 例行肠粘连松解 + 肠扭转复位,7 例行肠扭转复位 + 肠减压,4 例行肠扭转复位 + 坏死肠段切除 + 端端吻合;1 例保守治疗。**结果:**17 例中 16 例术后均康复出院,随访 1~2 年均无复发,1 例因未能及时手术,导致大面积肠坏死伴中毒性休克,死于多脏器功能衰竭。**结论:**全胃切除术后远期继发急性肠扭转以手术治疗为主,保守治疗需要严密观察腹部症状和体征,并及时复查腹部螺旋 CT。

[关键词] 肠扭转;全胃切除术后;体层摄影术,X 线计算机

[中图分类号] R 574.2 **[文献标志码]** A **DOI:** 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2015.02.015

Clinical analysis of the acute volvulus after total gastrectomy in 17 cases

JIANG Bo, YE Zhang-yi

(Department of General Surgery, The People's Hospital of Tongcheng, Tongcheng Anhui 231400, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the clinical characteristics and principles of diagnosis and treatment of acute volvulus after total gastrectomy. **Methods:** Seventeen cases with acute volvulus after total gastrectomy were treated with abdominal puncture and 64 row helical CT scan. Among 16 cases treatment with operation, 5 cases were treated with intestinal adhesion release combined with volvulus reduction, 7 cases were treated with volvulus reduction combined with enteral decompression and 4 cases were treated with volvulus reduction, necrotic bowel resection combined with end to end anastomosis. One case was treated with conservative method. **Results:** Sixteen patients treated with operation discharged, and were followed up 1 to 2 years. One patient failed to timely operation, which led to massive intestinal necrosis complicated with toxic shock, multiple organ failure and die. **Conclusions:** Surgical treatment was the main method to treat acute volvulus after total gastrectomy. The abdominal symptoms and signs and abdominal CT should be closely observed during the course of conservative treatment.

[Key words] volvulus; total gastrectomy; radiography, X-ray computer

全胃切除术一般用于治疗胃体和贲门胃底区的恶性肿瘤。消化道重建术后远期继发急性肠扭转并不多见,国内报道^[1]的病例数也不多。因其发病急、病情变化快等特点,处理不当会导致严重的后果,故提高对肠扭转的认识具有重要意义。为提高对全胃切除术后远期继发急性肠扭转临床特点及诊治原则的认识,现总结我院 2008 年 7 月至 2013 年 12 月收治的全胃切除术后远期继发急性肠扭转 17 例,将临床特征及诊治结果作一分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 17 例中男 13 例,女 4 例,年龄 54~72 岁。均有胃癌行根治性全胃切除手术史,消化道重建均为食管-单管空肠 Roux-en-Y 吻合术,发病距全胃切除手术时间 3 个月至 1 年 7 例, >1~3 年 6 例, >3~5 年 4 例。饱餐后发病 10 例,其中 4 例有饱餐后剧烈运动史,3 例有进食难消化食物史。发病至就诊时间 1~10 h,入院至手术时间为 4 h 至 5 d。

1.2 临床表现 均以腹痛、腹胀为主,伴阵发性疼痛 4 例,持续剧烈疼痛 13 例。17 例均有肛门停止排便、排气,伴恶心、呕吐 10 例,1 例呕吐物为咖啡样。17 例均有不同程度的腹部隆起,局部或全腹压痛,腹部有移动性浊音 2 例,肠鸣音亢进和气过水音

[收稿日期] 2013-12-25

[作者单位] 安徽省桐城市人民医院 普外科, 231400

[作者简介] 江 波(1977-),男,主治医师。

[通信作者] 叶章义,副主任医师。E-mail: yeboda@126.com

[9] Peleg AY, Seifert H, Paterson DL. Acinetobacterbaumannii: emergence of a successful pathogen [J]. Clin Microbiol Rev, 2008, 21(3): 538-582.

[10] 陈伯义,何礼贤,胡必杰,等. 中国鲍曼不动杆菌感染诊治与

防控专家共识 [J]. 中国医药科学, 2012, 2(8): 3-8.

[11] 高媛,秦军. 130 例院内下呼吸道感染病原菌及耐药分析 [J]. 临床肺科杂志, 2011, 16(2): 189.

13 例,肠鸣音减弱或消失 4 例。

1.3 诊断 17 例均行诊断性腹腔穿刺,其中抽出乳糜样液体 7 例,血性液体 6 例,腹腔穿刺阴性 4 例。17 例均于入院后急诊行 64 排螺旋 CT 腹部平扫,出现“漩涡”征 12 例,“十字交叉”征 3 例。

1.4 治疗方法 17 例均予禁食、胃肠减压、抗感染、补液、解痉等一般治疗;手术治疗 16 例,其中 5 例行肠粘连松解 + 肠扭转复位,7 例行肠扭转复位 + 肠减压,4 例行肠扭转复位 + 坏死肠段切除 + 端端吻合,1 例因患者家属对是否手术犹豫不决,仅行保守治疗。术中发现:16 例均为空肠扭转;扭转肠段距原吻合口 10 ~ 40 cm,长 60 ~ 100 cm;360°扭转 7 例,640°扭转 5 例,720°扭转 4 例;4 例坏死肠段长度分别为 60 cm 2 例,80 cm 2 例,切除肠管的长度为 80 ~ 120 cm,术前腹痛均较剧烈,入院至手术时间均超过 8 h,肠扭转均 > 640°。

2 结果

手术治疗 16 例均康复出院,住院时间 10 ~ 23 d;保守治疗 1 例,入院后 18 h 出现持续剧烈腹痛,腹部高度膨胀,腹穿抽出洗肉水样液体,腹部 CT 出现明显“漩涡征”,其后肠鸣音完全消失,导致大面积肠坏死伴中毒性休克,家属放弃治疗,自动出院。

3 讨论

3.1 病因分析 全胃切除术后远期继发急性肠扭转的病因主要有解剖因素、病理生理因素、动力因素等。根治性全胃切除,致使左上腹空虚,小肠易向左上腹移位,以及食管 - 空肠吻合后使肠系膜位置异常改变,类似先天性中肠旋转不良的小肠呈葡萄串状分布,为术后发生肠扭转提供了一定的解剖基础^[2]。病理生理因素主要有术后腹腔粘连、肿瘤复发、肠道蛔虫症等。有时由于全胃切除患者进食大量难消化的食物,肠管扩张和肠重力作用引起肠蠕动亢进、异常旋转;或者餐后突然剧烈活动导致异常肠蠕动,也可成为发生肠扭转的动力学因素之一。

3.2 诊断及影像学征象 患者具有一般肠梗阻的腹痛、腹胀、恶心、呕吐、肛门停止排便排气等共同特点,但腹痛更为剧烈,腹胀多为不均匀性。文献^[3]报道腹部 X 线检查小肠扭转的阳性率为 16%,诊断性腹腔穿刺多能抽出乳糜样或血性液体,本组 17 例中有 7 例抽出乳糜样液体,6 例抽出血性液体。螺旋 CT 诊断急性肠扭转阳性率明显提高,CT 检查可以显示扭转的部位和程度及血供情况^[4]，“漩涡”征及“十字交叉”征是特异性表现,肠管“漩涡”征可能

与局部肠管塌陷及参与扭转的肠襻过少、伴有肠管粘连等因素有关,“十字交叉”征主要是由出入漩涡的肠管及系膜组成,螺旋 CT 原始图像只能反映横断面的征象,64 排螺旋 CT 检查可以进行多方位重建。并不是所有病例的中轴盘都与横轴位平行,所以当怀疑肠扭转时,螺旋 CT 原始图像如发现有“十字交叉”征,可进一步行多平面重建,得到“漩涡”征的典型表现^[5]。本组共有 12 例腹部 64 排螺旋 CT 检查出现“漩涡”征,出现“十字交叉”征 3 例。故我们认为,诊断性腹腔穿刺和 64 排螺旋 CT 检查可以提高诊断的及时性和准确性。

3.3 治疗 肠扭转的治疗重点在于尽快手术^[6],急性肠扭转、肠坏死一旦诊断明确,应紧急剖腹探查,分离松解粘连,早期复位,肠道减压,避免肠扭转绞窄时间过长导致小肠广泛坏死及小肠广泛切除后出现短肠综合征。本组有 16 例均行手术治疗,手术时间距发病 4 h 至 5 d,其中 4 例肠坏死患者术前腹痛均较剧烈,入院至手术时间均超过 8 h,因此建议全胃切除术后突发腹痛时应即刻就诊,确诊后果断手术干预,争取缩短手术距发病时间,避免肠坏死的发生。1 例因家人不配合仅行保守治疗致使大面积肠坏死,中毒性休克,死于多脏器功能衰竭,教训深刻,值得反思。

总之,该病的诊治关键是早期诊断、及时手术干预。我们认为下列情况有助于诊断:(1)有全胃切除手术史;(2)空腹进食大量不易消化的食物或餐后剧烈活动;(3)腹痛常伴阵发性绞痛,恶心呕吐不明显、呕吐内容物无食物残渣;(4)肠鸣音明显亢进;(5)诊断性腹腔穿刺抽出乳糜样或血性液体;(6)腹部 64 排螺旋 CT 检查出现“漩涡”征。一旦肠扭转诊断明确,及时手术可避免不必要的肠切除,否则甚至可发生大面积肠坏死或术后短肠综合征。

【参 考 文 献】

- [1] 任培土,阮新贤,鲁葆春,等.全胃切除后远期发生肠扭转坏死三例[J].中华普通外科杂志,2007,22(6):471-472.
- [2] 任培土,阮新贤,鲁葆春,等.全胃切除后 Longmire-Lahey 重建远期发生肠扭转坏死二例[J].中华胃肠外科杂志,2007,10(3):290-291.
- [3] 张中原.肠扭转 295 例临床分析[J].实用外科杂志,1990,10(3):291.
- [4] 朱建兵,陆苏华,陈光强,等.多排螺旋 CT 血管成像诊断肠扭转[J].中国普通外科杂志,2010,25(4):334.
- [5] 尹映丽,吴昌涛,陈明祥,等.64 层螺旋 CT 对小肠扭转及结肠扭转的诊断[J].实用放射学杂志,2013,29(4):668-670.
- [6] 李晓荣,黄雄.小肠扭转的诊断与治疗[J].西部医学,2005,17(6):573.